

Vergaderjaar 2014–2015

**34 104**

**Langdurige zorg**

**Nr. 62**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,  
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 juni 2015

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de volgende punten:

1. Ik heb u in het debat van de Wlz op 10 en 11 september 2014 (Handelingen II 2014/15, nr. 107, items 4 en 8 en nr. 108, item 9) toegezegd de voor- en nadelen van opschaling van zorgkantorregio's te verkennen. Op grond van deze verkenning heb ik besloten om vooralsnog niet regionaal op te schalen. De belangrijkste reden is dat de voordelen, vermindering van de administratieve lasten en de beheerskosten, niet opwegen tegen het nadeel van het risico van het verstoren van het proces van de hervorming langdurige zorg en het doorbreken van de regionale samenwerkingsverbanden. Daar komt bij dat sommige doelen van de Wlz, zoals meer cliëntgerichtheid en kwaliteit, op andere wijze worden ingevuld of versterkt. Zoals via de zorginkoop, zoals dit is vormgegeven in het zorginkoopkader 2016. Opschaling van de regio's zou daar niet substantieel meer toe bijdragen, ook niet qua verbetering van de uitvoering van de Wlz door zorgkantoren. Kort gezegd: de uitvoering moet de inhoud van de WLZ, in het bijzonder de regionale samenwerking en cliëntgerichtheid, volgen.
2. Wel ben ik voornemens zorgkantoor DSW toestemming gegeven om de pilot van het samenvoegen van hun beide regio's om te zetten in het samenvoegen van die regio's. DSW heeft deze samenvoeging in de pilot goed voorbereid. Belangrijk is te onderstrepen dat het ook na de samenvoeging gaat om een kleine regio en een relatief beperkt aantal zorgaanbieders en hun cliënten. Van deze bundeling kan lering worden getrokken voor een eventuele toekomstige opschaling van de zorgkantorregio's van de andere Wlz-uitvoerders: hoe ervaren de zorgaanbieders, de ketenpartners en het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder de voor- en nadelen, hoe valt bundeling praktisch vorm en inhoud te geven en het proces van opschaling goed te organiseren?

3. De keuze om de Wlz-uitvoerders meer in de wind te zetten heeft gevolgen voor de verantwoordingsstructuur en op het toezicht door de NZa.

Het jaar 2015 is een overgangsjaar in de uitvoering en verantwoording, daarna zal de informatie-uitvraag door de toezichthouder zich richten op de Wlz-uitvoerder in plaats van het zorgkantoor. Daarmee komt de Wlz-uitvoerder – in lijn met de bedoeling van de Wlz – meer «in de wind» te staan. Om duidelijkheid te scheppen over de verantwoordelijkheden zal ik samen met ZN en Wlz-uitvoerders een convenant sluiten.

Op andere onderwerpen van de Wlz kom ik terug in mijn aangekondigde brief over de Vernieuwingsagenda.

### **Verkenning naar de voor- en nadelen van opschaling zorgkantoor-regio's**

#### *Aanleiding*

Tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel Wlz is de vraag aan de orde geweest of het huidige aantal zorgkantoorregio's nog past bij de Wlz die qua bereik kleiner is dan de AwbZ. Ik heb toegezegd, alvorens een beslissing over het al dan niet opschalen van de regio's van zorgkantoren te nemen, de voor- en nadelen daarvan in beeld te brengen en uw Kamer daarover te informeren.

Ik heb ook aangegeven me niet op voorhand vast te leggen op een eindtotaal van zorgkantoren, maar te bekijken wat de gewenste «afstand» is ten opzichte van de cliënt en daarbij rekening te houden met het verschil in aard en karakter van de ouderenzorg aan de ene kant en de gehandicaptenzorg aan de andere kant. Tevens zouden de (voorlopige) lessen vanuit de pilot DSW daarin meegenomen worden.

#### *Huidige uitvoeringsstructuur*

Voordat ik in ga op de voor- en nadelen van de mogelijke opschaling van zorgkantoorregio's, wil ik eerst de huidige uitvoeringsstructuur uiteenzetten omdat alleen zo de voor- en nadelen goed afgewogen kunnen worden.

In het Besluit langdurige zorg zijn 32 regio's benoemd. Voor deze regio's worden Wlz-uitvoerders aangewezen als zorgkantoor. Er zijn negen Wlz-uitvoerders die door mij voor een of meer regio's als zorgkantoor zijn aangewezen<sup>1</sup>.

De individuele Wlz-uitvoerders mandateren aan de zorgkantoren de uitvoering van taken voor hun verzekerden, zoals de zorginkoop.

Hoewel de meeste Wlz-uitvoerders zijn aangewezen als zorgkantoor in meerdere regio's, betekent dit niet dat er ook daadwerkelijk 32 «zorgkantoren» of organisaties bestaan. Achter de schermen bestaat er maar één organisatie per Wlz-uitvoerder; één inkoopbeleid, één systeem, één management.

Dat wil echter niet zeggen dat er geen aandacht is voor de afzonderlijke regio's.

In het inkoopbeleid is ruimte en aandacht voor regionale verschillen en accenten. Gesteld kan dus worden dat er een centrale aansturing is per Wlz-uitvoerder die is aangewezen als zorgkantoor in meerdere regio's, maar dat er wel sprake is van regionale uitvoering.

<sup>1</sup> Besluit van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 december 2014, houdende de aanwijzing van de zorgkantoren. Stcrt nr. 36313, d.d. 18 december 2014. Hierbij tel ik Trias tot het concern van VGZ, omdat Trias geen Zvw-verzekeraar meer is.

Daarnaast geldt voor de zorginkoop dat er een landelijk zorginkooppkader is waaraan alle Wlz-uitvoerders zich hebben geconformeerd. ZN heeft het zorginkooppkader voor 2016 op 1 juni 2015 gepubliceerd. Met dit zorginkooppkader worden stappen gezet in een uniform zorginkoopproces, wat ten goede komt aan zorgaanbieders. Met name aanbieders die actief zijn in meerdere regio's hebben hier profijt van: minder verschil tussen de zorgkantoren zorgt voor minder administratieve lasten.

Met het zorginkooppkader hebben de Wlz-uitvoerders tevens een eerste stap gemaakt in de gewenste omslag bij de zorginkoop. Ik verwijs u hierbij ook naar de brief ter begeleiding van de kaderbrief aan de Tweede Kamer<sup>2</sup>. Centraal in het inkoopkader voor 2016 staan namelijk de door zorgaanbieders en mij gewenste beweging van «spreadsheetinkoop» naar een dialoog met zorgaanbieders, het sturen op en belonen van kwaliteit en het centraal stellen van de keuze van de cliënt zodat er meer cliëntvolgkendheid en aandacht voor kwaliteitsverbetering ontstaat bij de zorginkoop. Ik juich de beweging die de Wlz-uitvoerders c.q. zorgkantoren hiermee hebben ingezet van harte toe.

#### *Voor- en nadelen regionale opschaling*

Ik heb onderzoek verricht naar de voor- en nadelen van regionale opschaling. Daarbij zijn eerst de onderwerpen geïnventariseerd waarop het aantal zorgkantoorregio's (of een andere indeling van de regio's) effect heeft.

Dit zijn: de service aan de cliënt, de sturing/toezicht op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, de mogelijkheden tot regionale afstemming van zorg, de administratieve lasten van het proces van de inkoop van langdurige zorg, de structurele beheerskosten (bij zorgaanbieders en zorgkantoren), transitiekosten en de verantwoordingslasten.

Ik heb met de betrokken veldpartijen (ZN/Wlz-uitvoerders, VNG, Actiz, VGN, BTN, GGZ Nederland, NZa, NPCF, Iederin, Per Saldo, LOC en LP GGZ) gesproken om mij zo breed mogelijk over dit onderwerp te laten informeren.

Genoemde voordelen van regionale opschaling van de zorgkantoren zijn een mogelijke vermindering van administratieve lasten in het proces van inkoop voor zorgaanbieders en zorgkantoren en mogelijke vermindering van beheerskosten bij de zorgkantoren. De vermindering van administratieve lasten bij zorgaanbieders geldt met name voor die zorgaanbieders die in meerdere regio's werkzaam zijn en daarbij met verschillende zorgkantoren te maken hebben. Binnen de ouderenzorg is dit circa 15%, in de gehandicapten- en de geestelijke gezondheidszorg is het aantal groter.

De nadelen van regionale opschaling zijn eenmalige transitiekosten (hoe groter de wijziging, hoe hoger de transitiekosten), het doorbreken van de bestaande structuren voor de regionale afstemming en verlies van sturing op kwaliteit, omdat bij een hele nieuwe indeling van regio's de afname kennis van zorgkantoren over aanbieders een groot risico is. Daarnaast zal een bundeling van regio's van zorgkantoren leiden tot een verlies aan focus en energie die gewenst en noodzakelijk zijn voor het zich «stevig zetten» van de hervormingen in de langdurige zorg, zoals die 1 januari 2015 zijn gestart. De zorg voor de cliënt dient over de stelsels heen bekeken en op elkaar afgestemd te worden. De integrale aanpak is zeer belangrijk om voor goede zorg in de omgeving van de cliënt te komen. Dit hebben alle veldpartijen in de gesprekken dan ook benadrukt. Daarbij is regionale samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraar en

<sup>2</sup> Afschrift kaderbrief Wlz 2016, d.d. 19 juni 2015. Kamerstuk 34 104, nr. 61.

zorgkantoor de sleutel. Met opschaling zou het zorgkantoor op verdere afstand van de cliënt en samenwerkingspartners komen te staan. Bij een grotere regio gaat er tevens informatie voor de toezichthouder (de NZa) verloren: het zicht op de regionale uitvoering door Wlz-uitvoerders/zorgkantoren vermindert.

### *Conclusie*

Met betrekking tot de beslissing tot het al dan niet opschalen van het aantal regio's heb ik mij door de volgende overwegingen laten leiden: draagt opschaling bij aan de doelen van de Wlz: betere kwaliteit van zorg, meer voor elkaar zorgen, financiële houdbaarheid? En: kunnen zorgkantoren hun taken beter uit voeren door een andere regio-indeling?

Alle veldpartijen hebben met klem de regionale afstemming tussen zorgkantoor, zorgverzekeraar en gemeente benadrukt. Alleen met een goede samenwerking en met een scherp oog voor specifieke regionale aspecten kan de beste geïntegreerde zorg op maat geleverd worden aan de cliënten. Door deze samenwerking kan de hulp en ondersteuning van mantelzorgers en de sociale omgeving van de cliënt beter benut blijven, ook als de cliënt uiteindelijk op zorg vanuit de Wlz is aangewezen.

Grotere regio's kunnen ertoe leiden dat de regionale focus vermindert. Een verandering zal op dit moment – waarop gemeenten, zorgkantoren, verzekeraars en zorgaanbieders druk in de weer zijn met de transitie – voor onrust zorgen en energie en inspanningen weg doen «lekkert» die wenselijk en nodig zijn voor het investeren in regionale samenwerking en kwaliteit voor de cliënt.

Ook draagt opschaling niet bij aan een betere uitvoering van de Wlz door het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft de taak ervoor te zorgen dat de verzekerden in zijn regio hun recht op zorg tot gelding kunnen brengen. Service van het zorgkantoor aan de cliënt (bijv. zorgbemiddeling en cliëntondersteuning) is een belangrijk speerpunt om de positie van de cliënten ten opzichte van het zorgkantoor en de zorgaanbieder te versterken. Om deze zorgbemiddelingstaak zo goed mogelijk op te kunnen pakken is het van belang dat het zorgkantoor zo dicht mogelijk bij de cliënt staat en goed is ingebed in de regio. Ook voor het inkopen van de gewenste zorg is het van belang dat het zorgkantoor goed is ingevoerd over de specifieke situatie in de regio. Alleen dan kan het zorgkantoor zorg inkopen die zoveel mogelijk is afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerden en ervoor zorgen dat de kwaliteit van zorg die zij inkopen van niveau is. Mijn verwachting is dat de ingezette uniformering van het zorginkoopproces waarbij de dialoog met aanbieders een belangrijk onderdeel is, zal bijdragen aan zowel een betere afstemming in de regio als een vermindering van de ervaren regeldruk bij zorgaanbieders.

De NZa moet het zorgkantoor en de Wlz-uitvoerders op de invulling en uitvoering van hun taken toetsen. Voor de invulling van het toezicht is opschaling ook onwenselijk in verband met het verlies aan zicht op regionale uitvoering.

Kortom, ik ben van mening dat het opschalen van zorgkantoorregio's niet bijdraagt aan het behalen van de doelen van de Wlz. De uitvoering moet de inhoud van de Wlz, in het bijzonder de regionale samenwerking en cliëntgerichtheid, volgen. Er zijn bovendien andere manieren om deze doelen te behalen, zoals de beweging die zorgkantoren nu maken bij de zorginkoop, die niet het risico van het verlies van focus op de hervorming of de transitiekosten met zich meedragen. Pas indien de Wlz of de

invulling daarvan fundamenteel zou wijzigen zou opnieuw de afweging moeten worden gemaakt of de huidige uitvoeringsstructuur met 32 regio's nog past.

### **Bundeling van beide zorgkantorregio's van DSW**

Ik heb uw Kamer bij de eerste voortgangsrapportage Wlz<sup>3</sup> geïnformeerd over de voortgang en stand van zaken van de pilot van DSW. Deze pilot richt zich op de opschaling van de zorgkantorregio's van DSW, op de vermindering van administratieve lasten en op meerjarencontracten. In deze brief richt ik me op het eerste onderdeel van de pilot: de opschaling.

Bij DSW betekent het opschalen van zorgkantorregio's concreet het samenvoegen (of: bundelen) van de twee aanpalende regio's waar zij als zorgkantor voor zijn aangewezen<sup>4</sup>. Bij de zorginkoop voor 2015 heeft DSW tijdens deze pilot geopereerd alsof de twee zorgkantorregio's één waren.

Zo heeft DSW één inkoopbeleid en één contracteerruimte voor beide regio's gehanteerd en zijn de gemaakte afspraken met zorgaanbieders die werkzaam zijn in beide regio's samengevoegd tot één afspraak. Achter de schermen (systeemtechnisch) heeft DSW tijdens deze pilot nog steeds twee regio's.

DSW heeft uitgezocht welke stappen er (systeem- en ICT-technisch) nodig zijn om de regio's daadwerkelijk samen te voegen en heeft hierover gesproken met de betrokken zorgaanbieders en de ketenpartners. Ik ben voornemens om DSW toestemming te geven om vanaf 2016 de pilot, waar die betrekking heeft om de bundeling van haar beide regio's, om te zetten in een definitief samengaan. In het Besluit langdurige zorg<sup>5</sup> wil ik daarom het aantal zorgkantorregio's verminderen van 32 naar 31. Met deze samenvoeging van de regio's van DSW zet ik een eerste stap, zoals ik eerder had toegezegd tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel Wlz<sup>6</sup>.

Uit deze samenvoeging van regio's kunnen lessen getrokken worden voor eventuele verdere opschaling van overige zorgkantorregio's in de toekomst. Zo valt er zowel nader inzicht te verkrijgen in praktische aspecten van hoe bundeling systeem- en ICT-technisch het beste op te zetten en in te richten is, als in de ervaren voor- en nadelen bij het zorgkantor, zorgaanbieders en ketenpartners. Daarnaast spelen ook de beperkte omvang van de beide regio's van DSW, het beperkt aantal zorgaanbieders en cliënten, de inbedding van zorgkantor DSW in de regio(nale samenwerkingsverbanden) en de grondige voorbereiding van DSW een rol in de voorgenomen beslissing dat DSW deze stap per 2016 mag zetten.

### **Wlz-uitvoerings- en verantwoordingsstructuur**

#### *Totstandkoming en doelstelling Wlz*

Onder de AWBZ konden verzekeraars niet gemakkelijk geprikkeld worden om de AWBZ-uitvoering te optimaliseren. Ook bestonden er niveaueschillen<sup>7</sup> in de uitvoering. Daarom wilde het kabinet het functioneren van de zorgkantoren verbeteren en in het bijzonder het niveau van de achterblijvers optrekken. Door middel van de Wlz – en de daarbij horende

<sup>3</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 25.

<sup>4</sup> DSW is aangewezen voor de regio's Delft/Westland/Oostland en Nieuwe Waterweg Noord.

<sup>5</sup> Besluit langdurige zorg, Artikel 4.2.1. Stb. 2014, nr. 520.

<sup>6</sup> Kamerstuk 33 891, nr. 9.

<sup>7</sup> Kamerstuk 33 891, nr. 3, blz. 39.

uitvoeringsstructuur – zijn prikkels geïntroduceerd die de Wlz-uitvoerders meer «in de wind» zetten.

### *Uitvoeringsstructuur Wlz*

In de Wlz is gekozen voor de volgende uitvoeringsstructuur:

- Een Wlz-uitvoerder is tegenover zijn eigen verzekerden verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz,
- maar per regio een als zorgkantoor aangewezen Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor de administratie van de zorg en het verstrekken van het pgb van alle inwoners van die regio (ongeacht bij welke Wlz-uitvoerder ze verzekerd zijn).

Hiermee is beoogd de Wlz-uitvoerders meer in de wind te zetten met behoud van de regionale uitvoering. De regionale uitvoering krijgt gestalte omdat de Wlz-uitvoerders die in een regio niet zijn aangewezen als zorgkantoor, in de regel de uitvoering van hun eigen wettelijke taken voor hun verzekerden uniform zullen uitbesteden aan het zorgkantoor in de regio waar de verzekerde woont. Dit is een logisch gevolg vanwege het feit dat de administratie van de zorg van de verzekerden wettelijk bij de zorgkantoren is belegd en de budgetten regionaal verdeeld zijn.

Dat laat onverlet dat ook bij de uitbesteding van taken de Wlz-uitvoerder volledig verantwoordelijk blijft voor de uitvoering van hetgeen bij of krachtens de Wlz is geregeld voor de bij hem ingeschreven verzekerden. Wlz-uitvoerders die uitbesteden moeten de uitbestede werkzaamheden aansturen en de goede uitvoering van de uitbesteding controleren. Ik kan mij daarom voorstellen dat Wlz-uitvoerders die hun taken aan een zorgkantoor uitbesteden, in die overeenkomst opnemen dat het zorgkantoor hen over de uitvoering van de uitbestede taken informeert. Daarnaast kunnen de Wlz-uitvoerders in hun uitbestedingscontracten instructies geven aan zorgkantoren over de invulling van hun taak (bijvoorbeeld over de behandeling van klachten en bezwaren of de uitvoering van een informatie- en verantwoordingsplicht), voor zover deze instructies niet in strijd zijn met de Wlz. Het ligt hierbij voor de hand en is het ook gewenst dat de Wlz-uitvoerders de uitbesteding van de taken aan de verschillende zorgkantoren op uniforme wijze gestalte geven.

Een Wlz-uitvoerder die aangewezen is als zorgkantoor kan op de uitvoering van die taken dus door andere Wlz-uitvoerders worden aangesproken. Met name wanneer het zorgkantoor haar taken ten opzichte van de verzekerden van de Wlz-uitvoerder niet goed uitvoert. Als ultimatum remedium kunnen de Wlz-uitvoerders besluiten om hun taken niet meer uit te besteden aan een bepaald zorgkantoor. Dat geldt niet voor de taken ten aanzien van de zorgadministratie en het verstrekken van pgb's. Zorgkantoren dienen zich daarvoor te verantwoorden aan de NZa. Zorgkantoren kunnen dan ook niet op de uitvoering van die taken door andere Wlz-uitvoerders worden aangesproken.

### *Toezicht NZa*

Zoals ik tijdens de plenaire behandeling van de Wlz op 10 en 11 september 2014 al heb aangegeven, kan het jaar 2015 beschouwd worden als een overgangsjaar. Dit geldt zowel qua verantwoording door de Wlz-uitvoerders als qua toezicht door de NZa.

De Wlz-uitvoerders hebben met de inwerkingtreding van de Wlz op 1 januari 2015 nog niet alle processen en procedures kunnen inrichten volgens de taakverdeling uit de Wlz. De NZa houdt hier in zoverre rekening mee dat zij de volledige informatie-uitvraag (dus ook die voor de

wettelijke taken van de Wlz-uitvoerders) voor het toezicht over 2015 nog richt op de zorgkantoren.

Voor de verantwoording over de jaren 2016 en daarna geldt het volgende. Volgens de Wlz dienen de Wlz-uitvoerders voor hun eigen verzekerden de verzekering recht- en doelmatig uit te voeren. Dat kan niet anders dan gepaard gaan met een verantwoording van de uitvoering voor die verzekerden. Zoals hiervoor al aangegeven, is een regionale uitvoering in lijn met de feitelijke regionale bekostiging. Door de uniforme uitbesteding van de werkzaamheden ter vervulling van de zorgplicht door de Wlz-uitvoerders aan de zorgkantoren, is er strikt genomen geen uitvoering van de Wlz door de Wlz-uitvoerders voor alleen de eigen verzekerden. Om de uitvoering en verantwoording te verduidelijken en de administratieve lasten te beperken, is daarom gekozen om een convenant te sluiten tussen het Ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), waar in ieder geval de NZa op zal aansluiten.

Aan de basis van het convenant staat de regionale uitvoering door middel van een uniforme uitbesteding. Vervolgens zullen de verantwoording over de uitvoering en het toezicht van de NZa daarop gericht zijn. Daarnaast bewerkstelligen de afspraken dat de Wlz-uitvoerders hun verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de uitvoering van de Wlz zoals met de Wlz is beoogd. De zorgkantoren stellen een verantwoording op over de wijze waarop zij uitvoering hebben gegeven aan de aan hen uitbestede taken en de met die uitvoering gemoeide uitgaven.

Deze informatie is input voor het toezicht door de NZa. De Wlz-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor deze informatie en leveren die aan bij de NZa.

De Wlz-uitvoerder moet ingrijpen indien hij constateert dat het zorgkantoor de aan hem uitbestede taken niet goed uitvoert. Indien een onrechtmatige of ondoelmatige uitvoering door een zorgkantoor wordt geconstateerd, zal de NZa alle Wlz-uitvoerders die de uitvoering van hun taken aan het zorgkantoor hebben uitbesteed aanspreken. In de praktijk betekent dit bijvoorbeeld voor het zorgkantoor X dat het verantwoordingsinformatie verstrekt aan de Wlz-uitvoerders voor wie het taken uitvoert. De Wlz-uitvoerders verstrekken deze informatie aan de NZa, die deze informatie toetst op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz. Indien blijkt dat zorgkantoor X de taken niet goed heeft uitgevoerd, worden de Wlz-uitvoerders daar door de NZa op aangesproken.

Zoals reeds opgemerkt zal wat betreft de administratie van de zorg en het verstrekken van het pgb de NZa het aangewezen zorgkantoor rechtstreeks aanspreken, indien zij bij het zorgkantoor onrechtmatige of ondoelmatige uitvoering van de administratie van de zorg of verstrekking van het pgb constateert.

Ik ben van mening dat dit convenant bijdraagt aan duidelijkheid over de gewenste verantwoordelijkheidsverdeling. Hierbij zal gelet worden op een goede organisatie van het proces zonder onnodige administratieve lasten voor betrokken partijen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn